

RELIGIJNOŚĆ I AKCEPTACJA CHOROBY WŚRÓD OSÓB Z CUKRZYCĄ

RELIGIOUSNESS AND ACCEPTANCE OF THE DISEASE AMONG PERSONS WITH DIABETES

Małgorzata Stefańska¹, Anna Majda^{2, a}

¹ Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Chrzanowie

² Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

^a <https://orcid.org/0000-0003-3632-1319>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.21>

STRESZCZENIE

Wstęp. Cukrzyca jest jedną z najpowszechniejszych chorób cywilizacyjnych współczesnego świata. Trwająca latami choroba wymusza konieczność dostosowania się, a czasem całkowitego przeorganizowania dotychczasowego życia. Proces adaptacji do choroby jest wieloetapowy i długotrwały, zależny od indywidualnych cech osobowościowych. W literaturze podkreśla się znaczenie wpływu religijności na szybszą rekonwalescencję, łatwiejsze pogodzenie się z chorobą i lepszą jakość życia.

Cel. celem pracy była próba dokonania analizy poziomu religijności oraz akceptacji choroby wśród osób z cukrzycą oraz zależności, jaka pomiędzy nimi zachodzi.

Materiał i metody. Grupę badanych stanowiło 100 pacjentów chorujących na cukrzycę typu I oraz II hospitalizowanych w oddziałach: Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. W pracy wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, Skalę Akceptacji Choroby (AIS) autorstwa B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen oraz Skalę Religijności Personalnej (SRP) autorstwa R. Jaworskiego. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05.

Wyniki. Uzyskany przez ankietowanych wskaźnik religijności wyniósł 97,53 (SD = 28,06), co wskazuje na przeciętną religijność wśród badanych osób, wyższą wśród kobiet. Poziom akceptacji choroby wyniósł 27,5 pkt (mediana), był przeciętny, wyższy u mężczyzn i osób aktywnych zawodowo. Wśród badanych przeważała religijność personalna.

Wnioski. Wykazano, że im wyższy wskaźnik religijności, im wyższa wiara i moralność, im wyższe zaangażowanie w odbywanie praktyk religijnych, im wyższa autoidentyfikacja z Bogiem wśród pacjentów z cukrzycą, tym niższy wśród nich poziom akceptacji choroby.

SŁOWA KLUCZOWE: religijność, akceptacja choroby, cukrzyca.

ABSTRACT

Introduction. Diabetes is one of the most common civilisation diseases of the modern world. This chronic disease makes it necessary to adapt and sometimes even to completely reorganise one's whole life. The process of adaptation to the disease consists of many stages, is long-lasting and depends on individual personality features. The literature emphasises the influence of religiousness on faster recovery, easier acceptance of the disease and better quality of life.

Aim. The objective of the thesis was to try to analyse the level of religiousness and acceptance of the disease among patients with diabetes and the interrelation among them.

Material and methods. The survey was conducted in a group of 100 patients suffering from type 1 and type 2 diabetes, hospitalised at the following wards: Internal Medicine, Nephrology and Internal Diseases, General and Oncological Surgery. The author has used an original survey questionnaire, Acceptance of Illness Scale (AIS) by B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen and Personal Religiousness Scale (PRS) by R. Jaworski. The adopted significance level was 0.05.

Results. The religiousness rate in those polled was 97.53 (SD=28.06), which points to average religiousness of the respondents, higher in women. The level of acceptance of the disease amounted to 27.5 points (median), was average, higher in men and those professionally active. Personal religiousness prevailed in the respondents.

Conclusions. It has been proved that the higher the religiousness rate, faith, morality, commitment to religious practices and self-identification with God among patients with diabetes, the lower their level of acceptance of the disease.

KEYWORDS: religiousness, acceptance of disease, diabetes.

Wstęp

Cukrzyca jest jedną z najpowszechniejszych chorób cywilizacyjnych współczesnego świata. Miliony osób na świecie chorują na cukrzycę, chorobowość przekracza 1% i nieustannie wzrasta. Z tego względu Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) zaliczyła cukrzycę jako

jedyną chorobę niezakaźną do grona epidemii. Trwająca latami choroba wymusza na jednostce zmianę dotychczasowego trybu życia, konieczność dostosowania się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, a ponadto prowadzi do szeregu poważnych powikłań ze strony różnorodnych narządów i układów organizmu ludzkiego [1].

W sprawowaniu opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą współczesna medycyna i pielęgniarstwo koncentrują się głównie na aspekcie biologicznym choroby, rzadziej – psychologicznym, natomiast z reguły pomijają kwestię duchowości, moralności oraz religijności. Badania prowadzone są w tym ostatnim obszarze od wielu lat, jednak w polskiej literaturze istnieje niewiele opracowań naukowych poruszających to zagadnienie. W obliczu globalizacji, wzrastającej liczby osób należących do różnych tradycji kulturowych i religijnych istnieje konieczność, aby w praktyce medycznej decyzje w stosunku do pacjenta podejmowane były z poszanowaniem jego prawa do autonomii i oparte zostały na tolerancji dla jego potrzeb religijnych [2]. Trudności w obiektywnym opracowaniu tego tematu wynikają z faktu, iż ma on transcendentny charakter. Skupianie się na duchowym wymiarze opieki pielęgniarstwa, holistycznym podejściu do człowieka chorego, ze szczególnym uwzględnieniem roli religii i religijności w procesie zdrowienia nie jest łatwe. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż nadrzędną rolę duchowości oraz potrzebę respektowania praktyk religijnych w opiece nad człowiekiem chorym poruszyła już w swojej działalności prekursorka pielęgniarstwa – Florence Nightingale. Należałoby wspomnieć również o Madeleine Leininger, która na podstawie osobistego doświadczenia zwróciła się ku idei troski w pielęgniarstwie, zróżnicowanej pod względem kulturowym, podczas sprawowania opieki nad ludźmi wywodzącymi się z różnych kręgów kulturowych. Troski rozumianej jako wspieranie człowieka, istoty kulturowo mocno zakorzenionej w swoim „tezaursie” [3], ułatwianie realizacji jego potrzeb, w tym duchowych/religijnych. Jean Watson zaś podkreśla, że pielęgniarstwo jako nauka może wiele skorzystać z metafizyki przywracającej wysoki sens duchowości człowieka, łączenia jej z humanistyczną troskliwością [4].

Istnieje wiele różnych definicji religii i religijności, które rozpatrywane są pod kątem nauk teologicznych, psychologicznych, socjologicznych i filozoficznych. Religia (łac. *religare* – wiązać) to: „realna, osobowa i dynamiczna relacja między człowiekiem a rzeczywistością transcendentną” [5]. Rzeczywistość transcendentna pojmowana jest jako: Bóg, absolut lub sacrum, a osobnicza relacja traktowana jest tu jako sprawa nadrzędna, nadająca sens i cel istnienia jednostce oraz wyznaczająca jej kierunek działań i dążeń. Na strukturę religii składają się: doktryna (prawdy wiary), reguły życia moralnego, kult oraz organizacja. Cechuje ją duże zróżnicowanie pod względem kulturowym, społecznym, psychologicznym oraz instytucjonalnym [5]. Jaworski wyróżnił i zdefiniował wymiar personalny i apersonalny religijności (wymiar ten związany jest z religią chrześcijańską). Religijność personalną charakteryzuje silna, osobowa więź

człowieka z Bogiem. Bóg traktowany jest jako wartość nadrzędna, centralna. Człowiek o tym typie religijności posiada silną, stabilną osobowość, wykazuje aktywność i zaangażowanie w działanie. Cechuje go twórczość, otwartość, altruizm i tolerancja wobec innych. Jest lepiej przystosowany do otoczenia, łatwiej radzi sobie z trudnymi sytuacjami. Zupełnie odmienna relacja zachodzi pomiędzy Bogiem a człowiekiem w religijności apersonalnej. To relacja jednostronna, pośrednia, oparta na monologu. Bóg traktowany jest reistycznie i pojmowany jako wartość instrumentalna. Wśród cech osobowości osoby o apersonalnym wymiarze religijności wymienia: obojętność, pasywność, egoizm, brak tolerancji oraz labilność [6]. Próby definiowania religijności sięgają czasów starożytnych. Warto przyrzeć się dwóm odmiennym spojrzeniom na to zagadnienie, reprezentowanym przez starożytnych myślicieli: Cyserona i Laktancjusza. Według Cyserona religijność oznacza przestrzeganie ustalonych norm w odniesieniu do praktyk religijnych, ich kultywowanie oraz oddawanie czci bogom. To zbiór religijnych wierzeń i praktyk właściwych danemu narodowi, które to należy respektować i traktować z czcią. Istotę religijności wywodzi on od słowa „*re-legere*”, które oznacza „ponownie rozważyć, sumiennie przestrzegać”. Z kolei drugi z filozofów – Laktancjusz – zwraca uwagę na osobniczą relację człowieka z Bogiem. Znaczenie terminu religia wywodzi od łacińskiego słowa „*religare*”, które oznacza „ponownie związać”. Według niego istota religijności tkwi w nawiązywaniu personalnej więzi z Bogiem [5, 7]. Duchowość to konstrukt powiązany, utożsamiany z religią, religijnością, ale nie całkiem identyczny. To termin, którym określa się pewnego rodzaju zestaw przekonań oraz wierzeń, a także emocji powiązanych z transcendencją czy sacrum lub z instytucją religijną czy rytuałem. Nowa duchowość, określana również mianem duchowości pogranicza powiązana jest z wieloma nurtami, począwszy od lat sześćdziesiątych, poprzez nurt New Age, obejmuje również cechy charakterystyczne dla postmodernizmu. Nie jest możliwe jej jednoznaczne zdefiniowanie, a także podanie konkretnych źródeł, z których się wywodzi [8]. Nowoczesna duchowość to postawa życiowa, która jest reprezentowana przez osoby świeckie, niebędące wyznawcami żadnej z dostępnych religii [9]. Koenig [10] zauważa różnicę między duchowością i religią, uznaje, że duchowość to trudne pojęcie, by je zdefiniować; twierdzi, że nie ma jednej satysfakcjonującej definicji. Withers, Zuniga, Van Sell [11] zwracają uwagę na atrybuty duchowości, określają duchowość jako duchowy dobrostan (*spiritual well-being*), satysfakcję życiową, zadowolenie z życia, poczucie sensu w życiu.

Religia chrześcijańska aprobuje holistyczne podejście do opieki nad chorym z uwzględnieniem każdego

istotnego aspektu, a więc: fizycznego, psychicznego, społecznego, ze szczególnym podkreśleniem wymiaru duchowego człowieka [12]. Człowiek w sytuacji choroby, szczególnie trudnej do wyleczenia lub terminalnej zaczyna zadawać sobie pytania typu egzystencjalnego, poszukuje odpowiedzi na pytania o sens życia i jego ostateczny cel. Aksjologia choroby traktuje o tym, iż każda choroba będąca dla człowieka ciężkim doświadczeniem może wzbogacić go również w cenne wartości, m.in. pozwala na przewartościowanie dotychczasowych poglądów czy też lepsze poznanie siebie i rozwój duchowy oraz moralny [13–14]. Wpływ religii na zdrowie jest przedmiotem zainteresowania badaczy od wieków. Podkreśla się jej dobroczynny wpływ na lepsze radzenie sobie z chorobą, szybszy powrót do zdrowia oraz lepszą jakość życia [14–15]. Religijność manifestowana poprzez udział w praktykach religijnych i modlitwę skutkuje osiągnięciem równowagi wewnętrznej, poczuciem spokoju i komfortu psychicznego oraz większym wsparciem społecznym [16]. W licznych opracowaniach naukowych opisywane są przypadki zmniejszenia liczby zachorowań na choroby układu sercowo-naczyniowego wśród osób głęboko wierzących i praktykujących, a także szybszy powrót do sprawnego funkcjonowania po skomplikowanych operacjach kardiologicznych. Podkreśla się pozytywny wpływ religijności na zmniejszenie zachorowalności na choroby psychiczne (m. in. depresję), obniżenie poziomu lęku u chorych [15, 17, 18], choć także zauważa się, że u niektórych osób wiara może mieć astenizujący wpływ na ich życie i wzbudzać nadmierne poczucie winy, powodując urazy emocjonalne [17]. Uwzględnienie w opiece medycznej (zarówno pielęgniarskiej, jak i lekarskiej) potrzeb duchowych pacjenta może przyczynić się do zwiększenia satysfakcji chorego z kontaktów z opiekunami i zaufania do nich, a zatem także do poprawy przestrzegania zaleceń medycznych. Ponadto skutkować ono może poprawą samopoczucia chorego, szybszą rekonwalecencją, lepszym zrozumieniem choroby, pełniejszym przystosowaniem do niej oraz sprawniejszym i bardziej świadomym podejmowaniem decyzji terapeutycznych odnośnie dalszego leczenia lub jego zaprzestania [19–20]. Do aktów prawnych regulujących kwestię wyznania w Polsce należy m.in. Konstytucja RP (z dn. 2.04.1997 r.), która gwarantuje każdemu obywatelowi prawo do wolności sumienia i religii, a więc do przyjmowania religii (lub jej negowania) i jej praktykowania wedle własnego uznania. Również w szpitalu pacjent ma prawo do skorzystania z pomocy osoby duchowej, przy uwzględnieniu aspektu wielokulturowości i odmienności wyznania. Poza Konstytucją RP gwarantem tego prawa jest także *lex specialis* zawarte w rozdziale 10

Ustawy o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 6.11.2008 roku [21].

Niemal zawsze choroba pojawia się w życiu człowieka nagle i nieoczekiwanie zaburzając dotychczasowy ład. Nieoczekiwana diagnoza narusza równowagę fizyczno-emocjonalną, duchową, wyzwalając szereg negatywnych uczuć. Akceptacja choroby jest procesem długotrwałym, rozłożonym w czasie i zależnym od wielu różnorodnych czynników, do których zalicza się między innymi: wiek, płeć, poziom inteligencji, rodzaj osobowości, umiejętność radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych oraz rodzaj schorzenia. Proces adaptacji do choroby jest zawsze cechą indywidualną, a do ułatwiających go atrybutów należą: dla niektórych religia, dla innych optymizm, wiara w sukces, nadzieja i wytrwałość. Gdy brak jest wyżej wymienionych cech, dochodzi u wielu osób do ujawnienia się szeregu negatywnych emocji: bezradności, przygnębienia, poczucia braku sensu życia czy zadowolenia z życia [22–25].

Cel pracy

Celem pracy była analiza religijności i poziomu akceptacji choroby wśród pacjentów z cukrzycą oraz zależności, jaka pomiędzy nimi zachodzi.

Cele szczegółowe: 1) Jaki jest wskaźnik religijności wśród chorych na cukrzycę i czy jest on zależny od zmiennych socjo-demograficznych? 2) Jaki jest poziom akceptacji choroby wśród chorych na cukrzycę i czy jest on zależny od zmiennych socjo-demograficznych? 3) Czy istnieje zależność między wiarą, moralnością, wykonywaniem praktyk religijnych, autoidentyfikacją z Bogiem, a poziomem akceptacji choroby u pacjentów z cukrzycą?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na terenie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w okresie od stycznia do kwietnia 2017 roku wśród 100 pacjentów chorujących na cukrzycę (typu I i II) przebywających w oddziałach: Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. Ankietowani chorzy zostali poinformowani o dobrowolnym udziale w badaniu, zapewnieniu o dyskrecji oraz o naukowym celu badań. Zostało rozdanych 100 narzędzi badawczych, wszystkie zostały wypełnione poprawnie. Autorzy pracy byli obecni podczas wypełniania kwestionariuszy, aktywnie uczestnicząc w zadawaniu pytań i uzupełnianiu odpowiedzi wśród osób niebędących w stanie samodzielnie uzupełnić kwestionariuszy ankiet, jak również służąc pomocą w przypadku pytań i wątpliwości wśród osób samodzielnie udzielających odpowiedzi. Czas potrzebny do udzielenia odpowiedzi był zróżnicowany i wyno-

sił średnio 5 minut, 10 osób odmówiło wzięcia udziału w badaniu. Badania zostały przeprowadzone zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej (2013) [26]. W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego i metodą szacowania [27]. Wykorzystano trzy narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety własnego autorstwa składający się z 6 pytań dysjunktywnych dotyczących zmiennych socjo-demograficznych oraz dwie skale standaryzowane: Skalę Religijności Personalnej (SRP) autorstwa Jaworskiego oraz Skalę Akceptacji Choroby (AIS – *Acceptance of Illness Scale*) autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen.

Kwestionariusz SRP pozwala zbadać religijność personalną i apersonalną respondentów. Składa się z 30 twierdzeń. Osoby badane ustosunkowują się do poszczególnych twierdzeń na skali Likerta od 1 do 5, gdzie 1 oznacza – nie, nie zgadzam się, 5 – tak, zgadzam się. Wynik ogólny tego kwestionariusza mieści się w zakresie 30-150 punktów, gdzie wyższe wartości oznaczają wyższą religijność (wskaźnik religijności) i wskazują na personalny jej charakter. Kwestionariusz posiada 4 podskale: „Wiara” (8 pytań); „Moralność” (7 pytań); „Praktyki religijne” (9 pytań); „Self religijny/Autoidentyfikacja” (6 pytań). Wynik uzyskany w poszczególnych podskalach interpretuje się w sposób analogiczny do wyniku ogólnego przyjmując, że wyższe wartości oznaczają wyższą wiarę, autoidentyfikację z Bogiem, moralność czy zaangażowanie w praktyki religijne. Rzetelność skali oszacowana metodą retestowania wynosi od 0,69 do 0,85 [6]. AIS budowana jest z 8 twierdzeń dotyczących ograniczeń narzuconych przez chorobę, samowystarczalności i zależności od innych oraz wpływu choroby na stopień poczucia własnej wartości. Pozwala zbadać stopień akceptacji choroby u pacjenta. Badani określają swoje odczucia związane z treścią każdego twierdzenia na skali Likerta od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się”, a 5 „zdecydowanie nie zgadzam się”. Zakres wyników mieści się w obszarze 8-40 punktów i im wyższy wynik, tym wyższa akceptacja własnej choroby [28]. Analizę zmiennych ilościowych przeprowadzono wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę, kwartyle, minimum oraz maksimum. Analizę zmiennych jakościowych przeprowadzono, wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna Whitney’a (gdy zmienna nie miała rozkładu normalnego w analizowanych grupach). Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa (gdy zmienna nie miała rozkładu normalnego w analizowanych grupach). Gdy takie porównanie pokazało istotne statystycznie róż-

nice, wykonywano analizę testem Dunna (w przypadku braku normalności rozkładów). Korelację pomiędzy dwiema zmiennymi ilościowymi analizowano wykorzystując współczynnik Spearmana (gdy co najmniej jedna ze zmiennych rozkładu normalnego nie miała). Siłę zależności interpretowano wg następującego schematu: $|r| \geq 0,9$ – zależność bardzo silna; $0,7 \leq |r| < 0,9$ – zależność silna; $0,5 \leq |r| < 0,7$ – zależność średnio silna; $0,3 \leq |r| < 0,5$ – zależność słaba; $|r| < 0,3$ – zależność bardzo słaba (pomijalna). Normalność rozkładu zmiennych badano za pomocą testu Shapiro-Wilka. W analizie przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$. Analizę wykonano w programie R, wersja 3.3.3.

Wyniki

Pięćdziesiąt jeden procent badanych było płci żeńskiej, a 49% – męskiej. Średni wiek badanych wynosił 71,02 lat (SD = 11,18) i wahał się od 40 do 88 lat. Mediana wynosiła 71,5 roku, a więc połowa ankietowanych była młodsza, a połowa starsza niż 71,5 roku. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 67 i 80 lat, a więc typowy wiek w grupie badanej był pomiędzy 67 a 80 lat. Sześćdziesiąt osiem procent badanych mieszkało w miastach liczących 50–150 tys. mieszkańców, 32% – na wsi. Pięćdziesiąt pięć procent ankietowanych miało wykształcenie podstawowe, 20% – średnie, 17% – zawodowe, a 8% – wyższe. Osiemdziesiąt procent uczestników badań było na emeryturze, 11% pracowało zawodowo, 9% było na rencie. Wszyscy respondenci pisemnie deklarowali, że są wyznania rzymsko-katolickiego.

Analiza religijności w badanej grupie

Wskaźnik religijności uzyskany przez ankietowanych w kwestionariuszu SRP wynosił 97,53 (SD = 28,06) i wahał się od 52 do 142. Mediana wynosiła 91 punktów, a więc połowa ankietowanych uzyskała mniej, a połowa więcej niż 91 punktów. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 70,25 i 125, a więc typowy w analizowanej grupie wynik (wskaźnik religijności) był pomiędzy 70,25 a 125 punktami. Uzyskane dane wskazały na przeciętną religijność wśród badanych, z przewagą religijności personalnej.

Wiara

Średnia liczba punktów uzyskanych przez ankietowanych w podskali kwestionariusza SRP „Wiara” wynosiła 25,53 (SD = 6,55) i wahała się od 14 do 38. Mediana wynosiła 24 punkty, a więc połowa ankietowanych uzyskała mniej, a połowa więcej niż 24 punkty. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 20 i 32, a więc typowy w analizowanej grupie wynik mieścił się pomiędzy 20 a 32 punktami.

Moralność

Średnia liczba punktów uzyskanych przez ankietowanych w podskali kwestionariusza SRP „Moralność” wynosiła 23,51 (SD = 6,91) i wahała się od 12 do 35. Mediana wynosiła 22,5 punktu, a więc połowa ankietowanych uzyskała mniej, a połowa więcej niż 22,5 punktu. Pierwszy i trzeci kwartyl wynosiły odpowiednio 17 i 30, a więc typowy w analizowanej grupie wynik mieścił się pomiędzy 17 a 30 punktami.

Praktyki religijne

Średnia liczba punktów uzyskanych przez ankietowanych w podskali kwestionariusza SRP „Praktyki religijne” wynosiła 29,15 (SD = 10,77) i wahała się od 11 do 45. Mediana wynosiła 28 punktów, a więc połowa ankietowanych uzyskała mniej, a połowa więcej niż 28 punktów. Pierwszy i trzeci kwartyl wynosiły odpowiednio 18 i 40, a więc typowy w analizowanej grupie wynik mieścił się pomiędzy 18 a 40 punktami.

Self religijny (Autoidentyfikacja)

Średnia liczba punktów uzyskanych przez ankietowanych w podskali kwestionariusza SRP „Autoidentyfikacja” wynosiła 19,34 (SD = 4,86) i wahała się od 10 do 28. Mediana wynosiła 19 punktów, a więc połowa ankietowanych uzyskała mniej, a połowa więcej niż 19 punktów. Pierwszy i trzeci kwartyl wynosiły odpowiednio 15,75 i 24, a więc typowy w analizowanej grupie wynik mieścił się pomiędzy 15,75 a 24 punktami.

Na podstawie uzyskanych wyników można wywnioskować, iż zaangażowanie w praktyki religijne, wiara, moralność oraz self religijny osób badanych były na przeciętnym poziomie.

Religijność a zmienne socjodemograficzne

Wartości p były niższe od 0,05 w teście Manna-Whitney’a dla wiary, moralności, praktyk religijnych i wyniku łącznego SRP, a więc wartości tych podskal i wskaźnika religijności zależały od płci. U kobiet były one wyższe (Tabela 1).

Tabela 1. Religijność a płeć badanych

Table 1. Religiosity and sex subjects

SRP PRS	Płeć/ Sex	N/ Number of sub- jects	Śred- nia/ Arith- metic mean	SD/ Stan- dard devia- tion	Me- diana/ Me- dian	Min/ Min	Maks/ Max	Q1/ Quart ile1	Q3/ Quart ile3	p* p- Value
Wiara/ Faith	Kobiety/ Women	51	26,88	6,99	29	14	38	20,5	33	0,03
	Mężczyźni/ Men	49	24,12	5,79	23	16	34	20	30	
Moralność/ Morality	Kobiety/ Women	51	25,22	6,94	25	13	35	18,5	31,5	0,01
	Mężczyźni/ Men	49	21,73	6,47	22	12	34	16	28	

Praktyki religijne/ Religious practices	Kobiety/ Women	51	31,67	11,13	36	13	45	21,5	42	0,01
	Mężczyźni/ Men	49	26,53	9,83	26	11	45	18	35	
Autoiden- tyfikacja/ Self- identification	Kobiety / Women	51	20,27	4,53	22	11	27	16	24	0,06
	Mężczyźni/ Men	49	18,37	5,04	17	10	28	14	23	
Wynik łącz- ny/General result	Kobiety/ Women	51	104,04	28,8	117	59	142	80	131	0,01
	Mężczyźni/ Men	49	90,76	25,84	85	52	134	66	119	

* Test Manna-Whitney’a

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Współczynniki korelacji Spearmana były nieistotne statystycznie ($p > 0,05$), a więc wyniki łączny SRP i w żadnej z podskal nie zależały istotnie od wieku. Wszystkie wartości p były wyższe od 0,05 w teście Manna-Whitney’a, a więc wyniki łączny SPR i w żadnej z podskal nie zależały istotnie od miejsca zamieszkania, sytuacji zawodowej badanych. Wszystkie wartości p w teście Kruskala-Wallisa były wyższe od 0,05, a więc wyniki łączny SPR i w żadnej z jego podskal nie zależały istotnie od wykształcenia.

Analiza akceptacji choroby w badanej grupie

W AIS mediana wynosiła 27,5 pkt, a więc połowa ankietowanych uzyskała do 27 pkt, a połowa 28 pkt i więcej; średnia liczba punktów 27,61 (SD = 7,81) i wahała się od 8 do 40. Pierwszy i trzeci kwartyl wynosiły odpowiednio 24 i 34 pkt. Oznacza to, że typowy wynik w badanej grupie mieścił się w przedziale od 24 do 34 pkt. Wynik AIS nie miał rozkładu normalnego w analizowanych grupach (p z testu Shapiro-Wilka poniżej 0,05), a więc analizę przeprowadzono za pomocą testu Manna-Whitney’a. Wartość p była mniejsza od 0,05, a więc stopień akceptacji choroby zależał od płci. U pacjentów mężczyzn był on wyższy (Tabela 2).

Wartość p w teście Kruskala-Wallisa wynosiła 0,006 i była mniejsza od 0,05, a więc stopień akceptacji choroby zależał od sytuacji zawodowej. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wyglądała ta zależność, wykonano analizę post-hoc. Pokazała ona, że pacjenci pracujący zawodowo istotnie bardziej akceptowali swoją chorobę niż emeryci (Tabela 3).

Tabela 2. Akceptacja choroby a płeć badanych
Table 2. Acceptance of the illness and sex subjects

Płeć Sex	N/ Number of subjects	Średnia/ Arithmetic mean	SD / Standard deviation	AIS [punkty]/AIS [points]					p* p-Value
				Mediana/ Median	Min/ Min	Max/ Max	Q1 Quartile1	Q3 Quartile3	
Kobiety/ Women	51	25,71	8,13	25	8	38	19	33,5	0,016
Mężczyźni/ Men	49	29,59	7	30	12	40	24	36	

* Test Manna-Whitney'a
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 3. Akceptacja choroby a sytuacja zawodowa badanych
Table 3. Acceptance of the illness and professional situation subjects

Sytuacja zawodowa/ Professional situation	N/ Number of subjects	Średnia/ Arithmetic mean	SD/ Standard deviation	AIS [punkty]/ AIS [points]					p* p-Value
				Mediana/ Median	Min/ Min	Max/ Max	Q1/ Quartile1	Q3/ Quartile3	
Pracujący zawodowo/ Working professionally	11	33,55	6,56	36	20	40	32	38	0,006 P > E
Emeryci/ Retirees	80	26,48	7,59	26	8	40	23	33	
Renciści/ Pensioners	9	30,44	7,83	34	12	36	29	35	

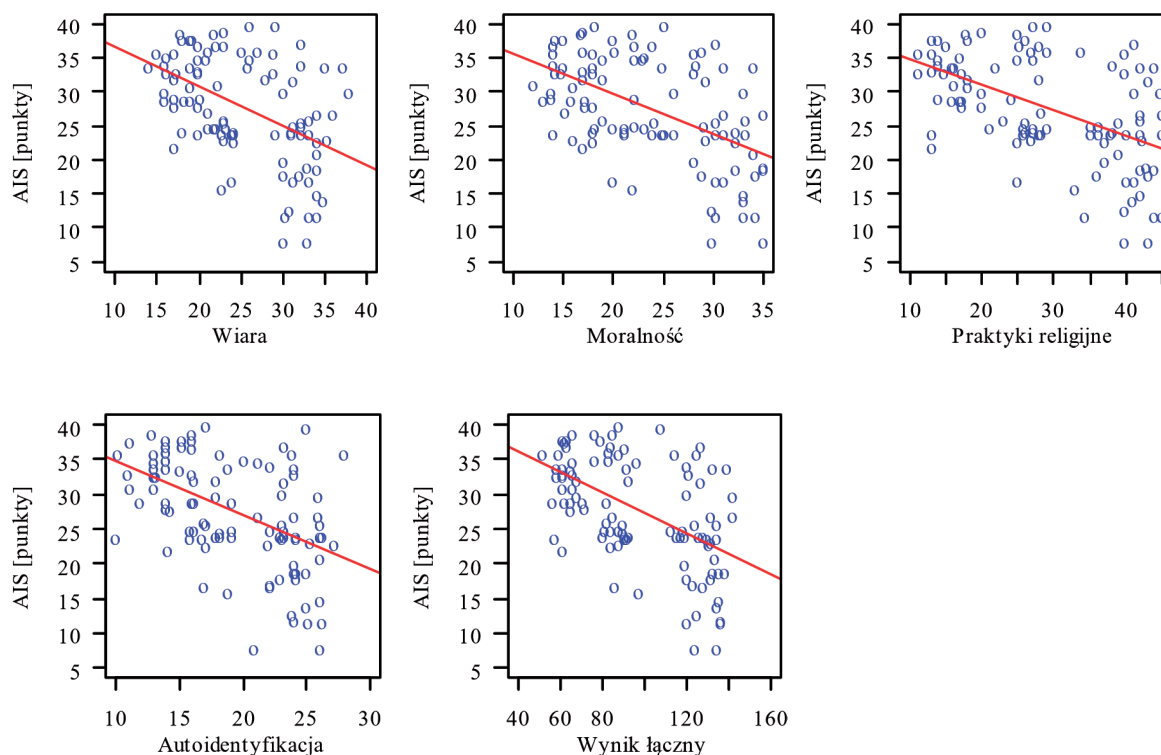
* Test Kruskala-Wallis + analiza/analysis post-hoc (test Dunna)
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Współczynnik korelacji Spearmana pomiędzy wiekiem a akceptacją choroby wyniósł -0,178 i był nieistotny statystycznie ($p > 0,05$), a więc te dwie cechy nie zależały istotnie od siebie. Wartość p w teście Manna-Whitney'a wynosiła 0,163 i była większa od 0,05, a więc stopień akceptacji choroby nie zależał od miejsca zamieszkania. Wartość p w teście Kruskala-Wallis wynosiła 0,252 i była większa od 0,05, a więc stopień akceptacji choroby nie zależał od wykształcenia.

Zależność pomiędzy wskaźnikiem religijności a poziomem akceptacji choroby
Wyniki SPR i AIS nie miały rozkładu normalnego (p z testu Shapiro-Wilka poniżej 0,05), a więc do analizy wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. Na poziom akceptacji choroby wpływał istotnie wynik każdej z podskal SPR ($p < 0,05$). Zależności te były ujemne, tzn. im wyższa religijność tym mniejsza akceptacja choroby (**Tabela 4, Rycina 1**).

Tabela 4. Korelacja wskaźnika religijności oraz wyników poszczególnych podskal SRP uzyskanych przez badanych z ogólnym wynikiem akceptacji choroby w AIS
Table 4. Correlation of the religiousness coefficient and results of each subscale PRS obtained by subjects with the general result of illness acceptance in AIS

SRP PRS	Korelacja z AIS Correlation with AIS			
	Współczynnik korelacji/ Correlation coefficient	p/ p-Value	Kierunek zależności/ Depending on the direction of	Siła zależności/ Depending on the strength of
Wiara/ Faith	-0,484	< 0,001	ujemny/ negative	Słaba/ weak
Moralność/ Morality	-0,493	< 0,001	ujemny/ negative	Słaba/ weak
Praktyki religijne/ Religious practices	-0,486	< 0,001	ujemny/ negative	Słaba/ weak
Autoidentyfikacja/ Self-identification	-0,492	< 0,001	ujemny/ negative	Słaba/ weak
Wynik łączny/ General result	-0,507	< 0,001	ujemny/ negative	Średnia/ average



AIS [punkty]/AIS [points]; Wiara/Faith; Moralność/Morality; Praktyki religijne/Religious practices; Autoidentyfikacja/Self-identification; Wynik łączny/General result

Rycina 1. Korelacja wskaźnika religijności oraz wyników poszczególnych podskal SRP uzyskanych przez badanych z ogólnym wynikiem akceptacji choroby w AIS

Figure 1. Correlation of the religiousness coefficient and results of each subscale PRS obtained by examined with the general result of illness acceptance in AIS

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

W niniejszej pracy podjęto próbę zbadania wpływu religijności na poziom akceptacji choroby wśród osób z cukrzycą. Podobne badania zostały przeprowadzone i opublikowane w *Problemach Pielęgniarstwa* w 2015 roku. Przedstawione w artykule pod tytułem: „*Religijność i akceptacja choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów*”, wyniki wskazują na brak istotnej zależności pomiędzy religijnością a poziomem akceptacji choroby wśród pacjentów z RZS. Wskaźnik religijności (z przewagą religijności personalnej) i poziom akceptacji choroby wśród badanych z RZS był na średnim poziomie [29]. Z kolei w artykule „*Znaczenie religijności w życiu człowieka chorego*” autorki Janiszewska i Lichodziejewska-Niemierko przytaczają wyniki badań Reed'a, w których wyższą religijność posiadały osoby chore terminalnie aniżeli osoby nieobarczone terminalną chorobą [18]. Porównywalny wynik do badań Reed'a został opublikowany w artykule autorstwa Piskozuba pod tytułem: „*Religijność źródłem „życiodajnej” nadziei w chorobie onkologicznej*”. Autor publikacji wskazu-

je na wyniki badań Stanton przeprowadzonych wśród kobiet z rakiem piersi. Badaną kwestią był wpływ nadziei oraz radzenia sobie z chorobą (które pojmowano jako akceptację choroby, poszukiwanie wsparcia wśród społeczeństwa, aktywne skupienie na problemie) na przystosowanie psychologiczne do choroby. Wyniki przeprowadzonych badań wskazały, iż radzenie sobie poprzez duchowość jest charakterystyczne dla kobiet o niskim poziomie nadziei. Kobiety o wysokiej nadziei prezentowały słaby powrót do religijności i mniejsze zainteresowanie kwestiami duchowości. Stanton, w oparciu o wyniki wskazuje na pocieszającą funkcję religii, odnajdywanie pociechy w obliczu ciężkiej sytuacji, jaką jest choroba nowotworowa, szczególnie wśród osób z niskim poziomem nadziei oraz słabymi umiejętnościami radzenia sobie w sytuacji problemowej (pokonywanie przeszkód i trudności) [30]. Przeprowadzone badania własne potwierdza powyższe doniesienie autorstwa Stanton. Uzyskane wyniki u osób z cukrzycą wskazują na przeciętny wskaźnik religijności, w większości o charakterze personalnym oraz przeciętny poziom akcepta-

cji choroby, ale także na ujemną zależność pomiędzy wskaźnikiem religijności a poziomem akceptacji choroby, tzn. im wyższy wskaźnik religijności, tym niższy poziom akceptacji choroby wśród badanych. Oznacza to, iż osoby, które nie akceptują swojej choroby, mają wyższy poziom religijności, a te z wysokim poziomem akceptacji choroby charakteryzują niski wskaźnik religijności i niskie wartości w poszczególnych podskalach: wiara, moralność, praktyki religijne, autoidentyfikacja z Bogiem. Wyniki badań własnych są odmienne i nie potwierdzają doniesień Jaworskiego [6] czy Zasępy [31] badających związek religijności z osobowością osób zdrowych, które mówią, że osoby, których religijność ma bardziej personalny charakter (wysoki poziom przeżyć wewnętrznych i kontaktów z Bogiem), cechuje lepsze przystosowanie do otoczenia i radzenie sobie z sytuacjami trudnymi, w przeciwieństwie do osób o apersonalnym wymiarze religijności, które wykazują mniejszą akceptację siebie i sytuacji, w której się znalazły. Odmienne dane od uzyskanych wyników własnych przytacza także Zagożdżon, autor artykułu pod tytułem: „*Związek między religijnością a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych*”. W powyższej publikacji przedstawił wyniki badań Koeniga i wsp. wskazujące na istotny, pozytywny wpływ religijności na szybszy powrót do zdrowia (pacjenci z depresją o wyższym wskaźniku religijności zdrowieli szybciej od tych, którzy charakteryzowali się niskim poziomem religijności). Nie są to co prawda badania wskazujące na związek pomiędzy religijnością a akceptacją choroby, jednak ukazują wzajemne powiązania i obejmują obszar badawczy zajmujący się szeroko pojętym powiązaniem religijności ze zdrowiem i chorobą [16]. Powyższe wyniki wskazują na fakt, iż osoby, które mają wysoki wskaźnik religijności szybciej zdrowieją, ale charakteryzują się również wysoką religijnością w trakcie trwania choroby, co nie potwierdza badań własnych, w których niski wskaźnik religijności występował wśród osób mających potencjalnie większe zasoby do radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, w tym także do szybszego powrotu do zdrowia.

Poziom akceptacji choroby w przeprowadzonych badaniach wśród pacjentów z cukrzycą wyniósł 27,61 i tylko nieznacznie różnił się od wskaźnika uzyskanego w badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów z RZS [29]. Porównując uzyskany wynik wskazujący na poziom akceptacji choroby wśród pacjentów z cukrzycą z wynikiem zamieszczonym w kluczu do Skali Akceptacji Choroby (AIS) w interpretacji Juczyńskiego, gdzie średni wynik dla pacjentów z cukrzycą wyniósł 24,81 pkt (SD = 7,09) można wysunąć wniosek, iż uzyskany w badaniach autorskich wynik był nieco wyższy niż w grupie, którą badał autor skali [28].

Mimo niejednoznacznych doniesień co do związku religijności z akceptacją choroby jako sytuacją trudną (być może wynikających z doboru badanych, różnego charakteru chorób) wydaje się, że istnieje konieczność dalszych badań i brania pod uwagę przez personel medyczny aspektów duchowości w sprawowaniu opieki nad pacjentem i uwzględniania potrzeb chorych do praktykowania religii w sposób właściwy dla danego wyznania i dostosowany do osoby konkretnego pacjenta. Jest to temat niedostatecznie poznany w warunkach polskich, choć liczba dobrej jakości kwestionariuszy do badania religijności rośnie [31–34]. W badaniach przeprowadzonych przez Kinga i wsp. (wyniki zamieszczone w artykule pod tytułem: „*Religijność a zdrowie*”, autorstwa Magdoń, Skrzypek, Klocek) aż 68% badanych osób podaje, że kwestie religii nigdy nie zostały poruszone w rozmowie z lekarzem czy pielęgniarką, a 77% uważa, że personel medyczny powinien koncentrować się na potrzebach duchowych podopiecznych [15].

Podsumowując, należy sformułować pewne uwagi, które można by było wykorzystać w przyszłych badaniach poruszających ten problem. Ważne byłoby wyeliminować ewentualny wpływ zmiennej aprobaty społecznej, bowiem jak pisze Zasępa za Karyłowskim – są nią nasycone narzędzia mierzące uczucia i zachowania moralne [31] i wybrać najlepsze z nich – standaryzowane, dokonując pomiaru na większych próbach pacjentów, w różnych stanach chorobowych (ostrych, przewlekłych, terminalnych), w dłuższym okresie czasu.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

1. Wskaźnik religijności wskazał na przeciętną religijność w badanej grupie pacjentów z cukrzycą. Wskaźnik ten był wyższy u kobiet niż u mężczyzn. Religijność w większości miała charakter personalny.
2. Poziom akceptacji choroby wśród badanej grupy pacjentów był przeciętny, wyższy wśród mężczyzn i osób aktywnych zawodowo.
3. Istniała ujemna zależność pomiędzy wskaźnikiem religijności, wiarą, moralnością, wykonywaniem praktyk religijnych, autoidentyfikacją z Bogiem a poziomem akceptacji choroby wśród pacjentów chorujących na cukrzycę, tzn. im wyższy wskaźnik religijności, im wyższa wiara, moralność i autoidentyfikacja z Bogiem (self religijny), większe zaangażowanie w odbywanie praktyk religijnych, tym niższy poziom akceptacji choroby.

Piśmiennictwo

1. Sieradzki J. Cukrzyca. W: Gajewski P. [red.] Interna Szczeklika 2015. Medycyna Praktyczna, Kraków 2015.
2. Niebrój LT. The influence of religious beliefs on health care: between medical futility and refusal of treatment. *Journal of Physiology and Pharmacology* 2006; 57: 241–249.
3. Pucko Z. Idea troski w pielęgniarstwie inspirowana myślą filozoficzną. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
4. Watson J. *Nursing: Human Science and Human Care a Theory of Nursing*. NY: National League for Nursing, New York 1988.
5. Encyklopedia Katolicka. Tom XVI. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, Lublin 2012. Religia, Religijność; ss. 1394–1418.
6. Jaworski R. Psychologiczne badania religijności personalnej. *Zeszyty Naukowe KUL* 1998; 41(3-4): 77–88.
7. Kłoczowski JA. Spór o religię. W: Kłoczowski JA. *Między samotnością a wspólnotą. Wstęp do filozofii religii*. Wydawnictwo Biblos, Tarnów 2004, ss. 1925.
8. Kudelska M. [red.] *Człowiek wobec świata na przełomie wieków. Nowe i dawne wzorce duchowości*. Wydawnictwo Collegium Columbinum, Kraków 2001.
9. Susabowska K. Duchowość pogranicza między kościołem a sektą czyli o próbie klasyfikacji zjawiska. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej* 2013; 65(1897): 405–412.
10. Koenig HG. Religion, spirituality and medicine in Australia: research and clinical practice. *Medical Journal of Australia* 2007; 186(10 Suppl): 45–46.
11. Withers A, Zuniga K, Van Sell SL. Spirituality: Concept analysis. *International Journal of Nursing & Clinical Practices* 2017; 4:234–239.
12. Nęcek R. Moralno-religijne aspekty opieki medycznej. *Przegląd Lekarski* 2012; 69(6): 271–274.
13. Rybakiewicz A. Znaczenie choroby w życiu człowieka (aspekt etiologiczny, epistemologiczny i aksjologiczny). *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2013; 3(1): 45–54.
14. Puchalski ChM. Integrating spirituality into patient care: an essentials element of person-centered care. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2013; 123(9): 491–495.
15. Magdoń M, Skrzypek M, Kłoczek M. Religijność a zdrowie. *Sztuka Leczenia* 1997; 3(2): 61–68.
16. Zagożdżon P. Związek między religią a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2012; 191: 349–353.
17. Pawlikowski J, Sak J, Marczewski K. Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie? Część 2 – religijność a zdrowie. *Kardiologia po Dyplomie*, 2009; 8(1): 87–93.
18. Janiszewska J, Lichodziejewska-Niemierko M. Znaczenie religijności w życiu człowieka chorego. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2006; 122: 197–200.
19. Galanter M, Glickman L, Dermatis H, Tracy K, Mc Mahon C. Znaczenie duchowości pacjentów w procesie leczenia. *Psychiatria po Dyplomie* 2009; 6(1):28–35.
20. Pawlikowski J, Marczewski K. Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie? Część 1 – wartość zdrowia w wielkich religiach świata. *Kardiologia po Dyplomie* 2008; 7(10): 96–98.
21. Boguszevska M, Góralczyk K. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej wobec zróżnicowania religijnego. *Drohiczyński Przegląd Naukowy* 2016, 8: 49–64.
22. Hamerlińska A. Rola osobowości i odpowiedzialności osób z cukrzycą w procesie leczenia. *Diabetologia na co dzień* 2010; 1(18): 23–28.
23. Moczydłowska A, Krajewska-Kutak E, Kózka M, Bielski K. Stopień akceptacji choroby przez pacjentów oddziałów zachowawczych i zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2014; (2): 62–70.
24. Heszen I. *Kliniczna psychologia zdrowia*. W: Sęk H. [red.] *Psychologia kliniczna*. Tom 2. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, ss. 222–243.
25. Mazurek J, Lurbiecki J. Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2014; 212:106–108.
26. Deklaracja Helsińska (2013). http://www.nil.org.pl/data/assets/pdf_file/0008/93248/Deklaracja-Helsinki-przyjeta-na-64-ZO-WMA-pazdziernik-2013_pelny-tekst.pdf (15.08.2017).
27. Lenartowicz H, Kózka M. *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
28. Juczyński Z. Skala Akceptacji Choroby – AIS. W: Juczyński Z. *NPPZ – Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Wyd. drugie, Warszawa 2009, ss. 168–172.
29. Wróbel A, Majda A. Religijność i akceptacja choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 23(2): 220–226.
30. Piskozub M. Religijność źródłem „życiodajnej” nadziei w chorobie onkologicznej. *FIDES ET RATIO* 2010; 2(2): 72–81.
31. Zasępa E. Personalny wymiar religii a struktura osobowości. *Roczniki psychologiczne* 2002; tom 5: 161–179.
32. Socha PM. Skale do badania religijności – aktualny stan i zagadnienia psychometryczne. *Przegląd Religioznawczy* 2003; 3(209): 203–216.
33. Jarosz M. Psychologiczny pomiar religijności. *Towarzystwo Naukowe KUL*, Lublin 2011.
34. Polak J, Grabowski D. Wstępna charakterystyka psychometryczna polskiej wersji kwestionariusza *Religious Commitment Inventory-10* (RCI-10-PL) Everetta Worthingtona i współpracowników. *Roczniki Psychologiczne* 2017; XX, 1: 191–212.

Artykuł przyjęty do redakcji: 05.08.2018

Artykuł przyjęty do publikacji: 26.11.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Anna Majda
ul. Michałowskiego 12
31-126 Kraków
tel. 12 6343397
e-mail: anna.majda@uj.edu.pl
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego
Collegium Medicum